

Internalizirane poteškoće kod djece predškolske dobi

Radić, Daria

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:639686>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-03**

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

Daria Radić

**INTERNALIZIRANE POTEŠKOĆE KOD DJECE
PREDŠKOLSKE DOBI**

Završni rad

Petrinja, rujan, 2020.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

Daria Radić

**INTERNALIZIRANE POTEŠKOĆE KOD DJECE
PREDŠKOLSKE DOBI**

Završni rad

Mentorica rada: dr. sc. Ema Petričević

Petrinja, rujan, 2020.

SADRŽAJ

| | |
|--|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 2. POREMEĆAJI U PONAŠANJU | 3 |
| 3. INTERNALIZIRANE POTEŠKOĆE U PONAŠANJU | 4 |
| 3.1. <i>Ponašajni problemi iz spektra anksioznosti</i> | 5 |
| 3.1.1. <i>Strahovi u djetinjstvu</i> | 5 |
| 3.1.2. <i>Separacijski anksiozni poremećaj (SAP)</i> | 8 |
| 3.1.3. <i>Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP)</i> | 8 |
| 3.1.4. <i>Selektivni mutizam</i> | 9 |
| 3.1.5. <i>Opsesivno kompulzivni poremećaj</i> | 9 |
| 3.2. <i>Depresivni simptomi</i> | 9 |
| 3.3. <i>Socijalna povučенost</i> | 12 |
| 3.4. <i>Somatske tegobe bez jasnog uzroka</i> | 13 |
| 3.5. <i>Etiologija internaliziranih poteškoća</i> | 14 |
| 3.6. <i>Spolne razlike</i> | 15 |
| 3.7. <i>Posljedice internaliziranih poteškoća</i> | 15 |
| 4. RIZIČNI I ZAŠTITNI ČIMBENICI INTERNALIZIRANIH PROBLEMA KOD DJECE | 16 |
| 4.1. <i>Rizični čimbenici</i> | 16 |
| 4.2. <i>Zaštitni čimbenici</i> | 18 |
| 5. PREVENCIJA INTERNALIZIRANIH POTEŠKOĆA | 18 |
| 6. ULOGA ODGOJITELJA U RANOM OTKRIVANJU INTERNALIZIRANIH POTEŠKOĆA | 20 |
| 7. ZAKLJUČAK | 21 |
| LITERATURA | 22 |
| Izjava o izvornosti rada | 25 |

SAŽETAK

Internalizirani ili pasivni poremećaji odnose se na pretjerano kontrolirajuća ponašanja usmjerena prema sebi poput ponašajnih problema iz spektra anksioznosti i depresije. U ovome radu su, iz spektra anksioznosti posebno istaknuti strahovi u djetinjstvu, separacijski anksiozni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, selektivni mutizam te opsesivno kompulzivni poremećaj. Dodatno se još opisuju depresivni simptomi, socijalna povučенost i somatske tegobe bez jasnog uzroka. Istraživanja pokazuju da su i roditelji i učitelji nesigurni u prepoznavanju internaliziranih poteškoća te da se one ne doživljavaju dovoljno ozbiljnima. Budući da internalizirane poteškoće mogu imati značajne posljedice poput anksioznih poremećaja u odrasloj dobi, velikog depresivnog poremećaja, suicidalnog ponašanja i psihijatrijske hospitalizacije, važno je simptome rano prepoznati i preventivno djelovati. Stoga je cilj ovog završnog rada bio istražiti obilježja internaliziranih poteškoća kod djece predškolske dobi. Kada je riječ o strahovima, u literaturi se razlikuju dvije vrste strahova: razvojni i neurotski. Razvojni strahovi uočavaju se u pojedinim životnim fazama te traju neko vrijeme nakon čega se povlače dok su neurotski strahovi vezani uz izrazito stresne i traumatske događaje. Anksiozni poremećaj zbog separacije (SAP) manifestira se u obliku straha od odvajanja od osoba za koje je dijete vezano pri čemu se javlja pretjerana zabrinutost djeteta. Simptomi depresije se mogu javiti u bilo kojoj dobi u rasponu od blagog raspoloženja tuge do teškog depresivnog poremećaja. Socijalna povučенost javlja se zbog manjka socijalnih odnosa pri čemu dolazi do neugodnih emocionalnih stanja koja mogu prouzročiti i usamljenost. Somatske tegobe bez jasnog uzroka odnose se na pojavu različitih tjelesnih reakcija koje se ne mogu točno povezati s uzrokom. U ranom djetinjstvu simptomi su bolovi u truhu, mučnina, povraćanje, glavobolja. Pregled literature je pokazao da su internalizirane poteškoće povezane s brojnim rizičnim i zaštitnim čimbenicima zbog čega je njihovo uočavanje vrlo važno za prevenciju i ranu intervenciju internaliziranih poteškoća.

Ključne riječi: internalizirane poteškoće, strahovi, depresija, somatske tegobe, predškolska dob

SUMMARY

Internalized or passive disorders refer to overly controlling behaviors directed toward oneself such as behavioral problems from the anxiety and depression spectrum. Childhood fears, separation anxiety disorder, generalized anxiety disorder, selective mutism and obsessive compulsive disorder from the spectrum of anxiety problems are highlighted in this paper. Additionally, depressive symptoms, social withdrawal, and somatic complaints with no specific cause are described. Research shows that both parents and teachers are insecure in recognizing internalized problems and that they are not perceived as serious enough. Because internalized problems can have significant consequences such as anxiety disorders in adulthood, major depressive disorder, suicidal behavior, and psychiatric hospitalization, early recognition of symptoms and preventive action are important. Therefore, the aim of this final paper was to investigate the characteristics of internalized problems in preschool children. There are two types of fears in the literature: developmental and neurotic. Developmental fears are observed at certain stages of life and last for some time after which they recede, while neurotic fears are related to extremely stressful and traumatic events. Separation anxiety disorder (SAD) manifests itself in the form of a fear of separation from the person to whom the child is attached, with excessive child concern for them. Symptoms of depression can occur at any age ranging from a mild mood of sadness to a severe depressive disorder. Social withdrawal occurs due to a lack of social relationships, which leads to unpleasant emotional states. In early childhood somatic ailments without a clear cause, refer to the occurrence of various bodily reactions such as abdominal pain, nausea, vomiting, headache. A review of the literature has shown that internalized problems are related to a number of risk and protective factors, which is why their detection is very important for the prevention and early intervention of internalized difficulties.

Keywords: internalized problems, fears, depression, somatic complaints, preschool age

1. UVOD

Tema ovoga rada su internalizirane poteškoće kod djece predškolske dobi koje Uzelac (1995) opisuje kao različite oblike reagiranja koji nisu u skladu s očekivanjima ili dobi djeteta. Što se tiče terminologije, u literaturi se češće spominje pojam internaliziranih poremećaja koji implicira da je postavljena dijagnoza. Budući da je u ovome radu riječ o internaliziranim obilježjima u djece, tu stručnjaci nisu skloni postavljati dijagnozu jer je teško utvrditi radi li se o ponašanju koje je rezultat razvojnih promjena ili se pak radi o samom poremećaju. Iz tog razloga, u radu će se ponajviše koristiti pojam internalizirane poteškoće. Poteškoće u ponašanju djece, prema Brajša-Žganec (2004), mogu se podijeliti na internalizirane (pasivne) i eksternalizirane (aktivne). Ta podjela nije stroga jer internalizirani i eksternalizirani problemi nisu međusobno isključivi nego su često i povezani. U ovome radu, osim uz internalizirane poteškoće, biti će prikazan djelomičan uvid i u eksternalizirane poteškoće radi usporedbe ovih dviju poteškoća. Internalizirani ili pasivni poremećaji, prema Lebedina-Manzoni (2007), dijele se na poremećaje ponašanja samog djeteta, a to su: strahovi, socijalna povučenost, somatske tegobe bez jasnog uzroka i depresija te na poremećaje koji su uzrokovani vanjskim čimbenicima, primjerice, zlostavljanje ili razine uključenosti roditelja/skrbnika. Za razliku od internaliziranih poremećaja, eksternalizirani poremećaji karakterizirani su kao nedovoljno kontrolirana ponašanja u koje se ubrajaju hiperaktivni poremećaj, poremećaj ophođenja, agresivnosti i antisocijalnog ponašanja (Žižak, Koller-Trbović i Jeđud, 2004). Navedene poteškoće mogu uvelike utjecati na djetetov razvoj i kvalitetu života, stoga je pravovremena prevencija ključna kako bi se što prije ispravno reagiralo na suzbijanje daljnjeg nepovoljnog utjecaja poremećaja na dijete.

Ashiabi (2000 prema Türkmen i Ulutas, 2018) naglašava kako odgojitelji i učitelji značajno utječu na dječji emocionalni razvoj putem modeliranja i treniranja ponašanja te putem uvjetovanih odgovora. Odgojitelji u svojoj odgojno-obrazovnoj praksi pružaju niz namjernih ili nenamjernih poruka djeci na temelju kojih ona usvajaju određene oblike ponašanja i reagiranja. Ukoliko odgojitelji ispravno reagiraju na dječja emocionalna stanja, ona će i sama uspostaviti vezu s onim što osjećaju. Suprotno tome, ukoliko su odgojiteljeve reakcije neprimjerene, djeca neće uspostaviti vezu s onim što osjećaju (Ahn 2005, prema Türkmen i Ulutas, 2018). Iz navedenog može se zaključiti da odgojitelji imaju veliku ulogu u emocionalnom razvoju djece

osobito djece s poteškoćama jer su internalizirane poteškoće usko vezane za specifična emocionalna stanja koja su popraćena i brojnim drugim manifestacijama o kojima će riječ biti u narednim poglavljima. Nadalje, istraživanja pokazuju da su i roditelji i učitelji nesigurni u prepoznavanju internaliziranih teškoća (Dwyer, Nicholson i Battistutta, 2006 prema Novak i Bašić, 2008) i da se internalizirani spektar ne doživljava dovoljno ozbiljnim (Bayer, Sanson i Hemphill, 2006 te Dwyer, Nicholson i Battistutta, 2006 prema Novak i Bašić, 2008). Nadalje, istraživanja pokazuju i da se u razdoblju od 6. do 9. godine pojačano traže zdravstvene usluge iz područja mentalnog zdravlja (Furniss, Beyer i Guggenmos 2006 prema Novak i Bašić, 2008) pa se postavlja pitanje jesu li smetnje i ranije bile prisutne, ali se nisu uočile ili su bile manje izražene. Budući da istraživanja generalno pokazuju povezanost internaliziranih poremećaja i slabije povezanosti s drugima, lošijeg školskog uspjeha i niže razine općeg funkcioniranja (prema Novak i Bašić, 2008) važno je rano uočavanje internaliziranih poteškoća. Stoga je cilj ovoga rada istražiti obilježja internaliziranih poteškoća djece u predškolskoj dobi.

U drugom poglavlju riječ je o općenitim karakteristikama poremećaja u ponašanju, njihovoj podjeli i klasifikaciji. Treće poglavlje usmjereno je na internalizirane poremećaje te govori o strahovima u djetinjstvu, socijalnoj povučeniosti, somatskim tegobama bez jasnog uzroka, separacijskoj anksioznosti, opsesivno-kompulzivnom poremećaju, selektivnom mutizmu i depresiji. Navedeni pojmovi česta su pojava u suvremenom svijetu te se odgojitelji sve više susreću s njima u odgojno-obrazovnoj praksi. Iz tog razloga smatram njihovo poznavanje izrazito važnim za odgojiteljsku struku jer se upravo u vrtiću može raditi na ranoj prevenciji internaliziranih poteškoća. Nadalje, jedno cijelo poglavlje posvećeno je rizičnim i zaštitnim čimbenicima internaliziranih poteškoća. Ono daje uvid u sve utjecaje koji mogu izazvati specifičnost poremećaja. Štoviše, naglašava kako su rizični i zaštitni faktori dio iste dimenzije, ali se karakteriziraju kao dva suprotna pola. U predzadnjem poglavlju riječ je o prevenciji internaliziranih poremećaja i onome što odgojitelj može učiniti kako bi pomogao djetetu s poremećajima u ponašanju. Naglašava se važnost rane intervencije i prevencije kako bi se u što većoj mjeri izbjegle negativne posljedice na dijete. Naposljetku, govori se o ulozi odgojitelja u odgojno-obrazovnom radu i otkrivanju internaliziranih teškoća. Brajša-Žganec (2003) ističe kako je upravo vrtić mjesto u kojemu se može primijetiti širok spektar dječjih ponašajnih osobina te tako odgojitelj

s odgovarajućim znanjem može vrlo lako primijetiti određena odstupanja kao i biti dionikom prevencije ponašajnih problema.

2. POREMEĆAJI U PONAŠANJU

Pojam poremećaja u ponašanju odnosi se na skupni naziv za sve biološke, psihološke i socijalne geneze koje u manjoj ili većoj mjeri pogađaju pojedinca te uvelike utječu na druge pojedince i društvene organizacije poput obitelji, vrtića, škole te uže i šire zajednice (Dobrenić i Poldrugac 1974 prema Uzelac, 1995).

Vulić-Prtorić (2003) ističe kako se sistemi za klasifikaciju u dječjoj i adolescentnoj psihopatologiji razvijaju kroz duži vremenski period te prolaze kroz dugotrajne procese definiranja kriterija i procedura za prepoznavanje specifičnosti određenog poremećaja. Nadalje, Vulić-Prtorić (2003) naglašava kako je razvoju područjima poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji uvelike doprinio razvoj dvaju najčešće korištenih dijagnostičkih klasifikacija, a to su: Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problem, MKB-10 (1994) i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje DSM-V (2013).

Uzelac (1995) poremećaje u ponašanju definira kao neprikladne oblike reagiranja djeteta ili adolescenta. Odnosno, opisuje ih kao one oblike ponašanja koji nisu u skladu s očekivanjima u odnosu na dob, situaciju ili okruženje te kao takvi zahtijevaju dodatnu društvenu pomoć.

Poremećaji u ponašanju, prema Bouillet i Uzelac (2007), dijele se na internalizirane (pasivne) i eksternalizirane (aktivne). Nadalje, autorice naglašavaju kako dijete može istovremeno pokazivati oba navedena oblika. S time se slažu i Novak i Bašić (2008) koji ističu da internalizirani i eksternalizirani problemi u ponašanju nisu međusobno isključivi te je njihova veza utvrđena na brojnim uzorcima. Također, Novak i Bašić (2008) navode i kako je razvoj poremećaja u ponašanju vođen mnogim višestrukim čimbenicima, a potencijalni rizični čimbenici za razvoj poremećaja mogu se dijelom objasniti putem interakcijskih modela psihopatologije o kojima će više biti riječ u jednom od idućih potpoglavlja.

S jedne strane, internalizirani (pasivni) poremećaji mogu se podijeliti na poremećaje ponašanja samog djeteta (strahovi, socijalna povučенost, somatske tegobe bez jasnog uzroka i depresivnost) i poremećaje uzrokovane vanjskim čimbenicima u

vidu zlostavljanja od strane vršnjaka ili pretjerano/premalo kontroliranje od strane roditelja/skrbnika. (Lebedina-Manzoni, 2007).

Prema Žižak, Koller-Trbović i Jeđud (2004), eksternalizirani (aktivni) poremećaji definiraju se kao nedovoljno kontrolirana i ekscesivna ponašanja te uključuju ponašanja poput hiperaktivnog poremećaja, poremećaja ophođenja, agresivnosti i antisocijalnog ponašanja. Uz navedeno, spomenuti autori dodaju još i markiranje, krađu, ubojstvo, organizirani kriminal, razbojstvo, bježanje, oružane pljačke, seksualno maltretiranje, tučnjave, svađe, bacanje stvari, laganje, kršenje pravila te odgovaranje. Bouillet i Uzelac (2007) eksternaliziranim poteškoćama pripisuju i prosjačenje te druženje s osobama asocijalnog ponašanja.

„Pojavljivanje poremećaja i s njima povezanih specifičnih simptoma u djece prekriveno je razvojnim promjenama“ (Brajša-Žganec, 2003; str. 38). Iz navedenog citata može se zaključiti da je prepoznavanje poremećaja u ponašanju (internaliziranih i eksternaliziranih poteškoća) vrlo specifično upravo iz razloga što su neki dijelovi poremećaja poput strahova i socijalne povučenosti sastavni dio djetetovog razvoja, no ukoliko se dugo zadrže mogu se razviti u ozbiljne poremećaje (Brajša-Žganec, 2003).

3. INTERNALIZIRANE POTEŠKOĆE U PONAŠANJU

U ovome poglavlju će biti predstavljene internalizirane poteškoće u ponašanju djece, točnije strahovi u djetinjstvu, socijalna povučenost, somatske tegobe bez jasnog uzroka i depresija kao jedni od najčešćih poteškoća u djece i adolescenata.

„Djeca s internaliziranim problemima pokazuju socijalnu povučenost, strah, anksioznost i somatske probleme, pri čemu dijete prvenstveno ima probleme samo sa sobom“ (Brajša-Žganec, 2003; str. 39).

Internalizirane se poteškoće odnose na prekomjerno kontrolirana ponašanja, djeca koja ih posjeduju imaju teškoće s emocionalnom regulacijom i reaktivnošću. Djeca s internaliziranim poteškoćama pokazuju malo emocija, često plaču, pokazuju simptome depresije te reagiraju na neadekvatna ponašanja u prevelikom intenzitetu i s neprimjerenim reakcijama (Brajša-Žganec, 2003).

U sljedećim poglavljima će biti opisane poteškoće vezane uz anksiozne i depresivne poremećaje, socijalna povučenost te somatske tegobe bez jasnog uzroka.

3.1. Ponašajni problemi iz spektra anksioznosti

U okviru internaliziranih poteškoća iz spektra anksioznosti bit će prikazani strahovi u djetinjstvu, separacijski anksiozni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, selektivni mutizam te opsesivno kompulzivni poremećaj.

3.1.1. Strahovi u djetinjstvu

„Strah je jedna od četiri primarne emocije koja ima značajan udio u funkcioniranju svakog ljudskog bića“ (Mikas, Pavlović i Rizvan; 2015; str. 1). On se može definirati kao neugodan osjećaj koji se javlja u trenucima njihova suočavanja s nekim vanjskim objektom, to mogu biti žive osobe, životinje, situacije, zvukovi, mirisi i slično ili suočavanja s unutarnjim sadržajem kao što su strašne osobe, nadnaravna bića ili opasne te potencijalno opasne situacije koje pojedinac sam stvori unutar sebe (Jakušić, 2005 prema Vorkapić i Knapić, 2015).

Uz razvojne strahove postoje i neurotski strahovi koji nisu sastavni dio dječjeg razvoja i ne prolaze spontano već zahtijevaju stručnu pomoć (Jakušić, 2005 prema Vorkapić i Knapić, 2015). Razvojne djetetove strahove može se uočiti u pojedinim životnim fazama. Javljaju se na određenom stupnju razvoja te traju neko vrijeme nakon čega se spontano povlače (Mikas i sur., 2015). Razvojni strahovi povezani su s brigama i problemima djeteta u nekim razdobljima, također su povezani i s kognitivnim dostignućem djeteta. Nadalje, razvojni strahovi u većini slučajeva prolaze sami od sebe i za njihovo uklanjanje nije potrebna pomoć stručnjaka, dovoljno je stabilno i podržavajuće okruženje (Mikas i sur., 2015).

Mikas i sur., (2015), ali i drugi autori, izdvajaju uobičajeno očekivane strahove u različitoj dobi djece, odnosno razvojne strahove.

Strahovi do šestog mjeseca života (Mikas i sur., 2015):

- strah od potpunog uništenja (dezintegracija)
- strah od iznenadnih i jakih signala
- strah od pada i ispuštanja
- strah od visine
- strah od naglog gubitka oslonca

Strahovi između šestog i dvanaestog mjeseca (Vulić-Prtorić, 2003):

- strah od nepoznatih osoba

- separacijski strah (čest u dobi između šest i osam mjeseci)
- strah od iznenadnih, jakih zvukova
- strah od odlaska u nove jaslice/vrtić (između šest mjeseci i tri godine)

Strahovi u dobi između prve i druge godine (Starc, Obradović, Pleša, Profaca i Letica, 2004 i Vulić-Prtorić, 2003):

- pojačan separacijski strah
- strah od jaslica/vrtića
- strah od iznenadnih, jakih zvukova

Strahovi u dobi između druge i treće godine (Mikas i sur., 2015 i Starc i sur., 2004):

- strah od jakih zvukova (npr. grmljavina), tamnih boja, velikih objekata, promjene u prostoru, vjetra, kiše, divljih životinja, odvajanja od majke u vrijeme odlaska na spavanje, mraka, samoće, odvajanja, vode te gubitka ljubavi bliskih osoba
- strah od odvajanja i stranih lica je u opadanju oko druge godine, no i dalje se može javiti u novim ili nepoznatim situacijama kao što su izleti, zimovanja ili ljetovanja

Strahovi u dobi između treće i četvrte godine (Mikas i sur., 2015; Starc i sur., 2004):

- strah od visine u motoričkim radnjama
- strah od životinja, stranih ljudi, predmeta, ružnih lica, maski, mraka, policajaca, lopova, insekata...
- strah od liječnika
- strah od vremenskih nepogoda (Vulić-Prtorić, 2003)

Strahovi u dobi između četvrte i pete godin (Vulić-Prtorić, 2003 i Starc i sur., 2004):

- strah od divljih životinja
- strah od mraka i samoće, majčinog večernjeg izlaska i odvajanja
- strah od imaginarnih bića (vještica, zmajeva i sl.)
- strah od vremenskih nepogoda

Strahovi u dobi između pete i šeste godine (Vulić-Prtorić, 2003 i Starc i sur., 2004):

- strah da se majka neće vratiti kući
- porast stvarnih strahova: od ozljeđivanja, pada, pasa
- smanjuje se strah od ružnih ljudi i nakaza

Strahovi u dobi između šeste i sedme godin (Vulić-Prtorić, 2003; Starci sur., 2004):

- strah od lakših povreda, trna, posjekotine, krvi
- strah od zvukova (zvono, telefon, neugodan glas, voda u WC-u, glasanje kukaca i ptica)
- strah od duhova, vještica ili toga da je netko pod krevetom
- strah da će se netko izgubiti, da će se mami nešto dogoditi, da bi mogla umrijeti
- strah od vode, groma, munje
- strah od samoće

Što se tiče neurotskih strahova, oni su vezani uz izrazito stresne i traumatske događaje, uglavnom nastaju zbog nemogućnosti svladavanja razvojnih strahova (Mikas i sur., 2015). Navedeno je posljedica poteškoća u razvoju ili neprimjerene podrške roditelja/skrbnika (Mikas i sur., 2015).

Nadalje, Ennulat (2010 prema Vorkapić i Knapić, 2015) izdvaja dvije kategorije manifestacija uzrokovanih strahom, a to su fizički simptomi i psihički simptomi. U fizičke simptome ubraja: pognutu glavu, smanjen kontakt „oči u oči“, kruto držanje tijela, ukočene geste i pokreti, ali i suprotno, promjene u tempu disanja, proširene zjenice te pojačano znojenje, povišen krvni tlak, crvenilo i povećana crijevna aktivnost. U psihičke simptome ubraja: osjećaj tjeskobe u prsima, osjećaj nedostatka zraka i otežano disanje, umor i iscrpljenost nakon pretrpljenog straha, povećan oprez, gubitak kontrole nad sobom i osjećaj bezizlaznosti.

Vulić-Prtorić (2003) opisuje dječje strahove kao reakcije na percipirane prijetnje. Te reakcije uključuju izbjegavanje prijeteće situacije/objekta, uključuju i osjećaj nelagode te rezultiraju fiziološkim promjenama. „Za strahove se pretpostavlja da uključuju uglavnom istovjetne reakcije na specifične podražaje poput prirodnih događaja (mrak, grmljavina) ili apstraktne pojmove (rat, osjećaj odbačenosti)...(Vulić-Prtorić, 2003; str. 272).

Često se uz strahove veže i pojam anksioznosti, stoga Lebedina-Manzoni (2007) navodi da su strah i anksioznost povezane emocionalne reakcije, a manifestiraju se kroz razdražljivost, izljeve plača, agresiju, napetost, nesanicu, osjećaj tjeskobe i slično. Crnković (2017) definira anksioznost kao patološko stanje koje je popraćeno osjećajem ustrašenosti i somatskim znakovima koji upućuju na veliku aktivnost

vegetativnog živčanog sustava. „Anksioznost se razlikuje od straha koji je normalna fiziološka reakcija na poznati uzrok, odnosno realni objekt“ (Crnković, 2017; str. 185). Drugim riječima, anksioznost je strah koji nije vezan za određenu situaciju ili objekt (Vulić-Prtorić, 2002). U obiteljima u kojima roditelji imaju anksiozni poremećaj, postoji do sedam puta veća vjerojatnost da će i samo dijete imati dijagnozu anksioznog poremećaja (Lebedina-Manzoni, 2007). Nadalje, Lebedina-Manzoni (2007) naglašava da su kod djece s anksioznim poremećajem učestaliji panični i izbjegavajući poremećaji te socijalne fobije. Djeca koja dolaze iz obitelji koje su izrazito povezane često pokazuju znakove poput zahtjevnosti ili nametljivosti (Lebedina-Manzoni, 2007).

U dječjoj dobi se razlikuju dvije vrste anksioznih poremećaja, a to su anksiozni poremećaj zbog separacije i generalizirani anksiozni poremećaj.

3.1.2. Separacijski anksiozni poremećaj (SAP)

Anksiozni poremećaj zbog separacije ili separacijski anksiozni poremećaja (SAP) manifestira se u obliku straha od odvajanja od osoba za koje je dijete vezano uzrokuje anksioznost (Paradžik, Kordić, Zečević, Šarić i Boričević Maršanić, 2018). Prema navedenim autoricama separacijski anksiozni poremećaj ubraja se u najučestalije anksiozne poremećaje u djece mlađe od 12 godina. Također, uz separacijsku anksioznost se veže izbjegavajuće ponašanje koje može dovesti do emocionalnih i socijalnih teškoća, a time može dovesti i do narušenog općeg funkcioniranja djeteta. Prema Paradžik i sur. (2018) separacijska se anksioznost razlikuje od normalnog ponašanja zbog pretjerane zabrinutosti djeteta za roditelje u situacijama kad nisu s njime.

3.1.3. Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP)

Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP) odnosi se na intenzivnu i sveprisutnu brigu vezi s gotovo svim područjima života koja je ujedno povezana s tjelesnim manifestacijama (Mimica, 2010). Primarni simptomi (prema Mimica, 2010) uključuju strepnju kao brigu u vezi s budućim nezgodama, poteškoće koncentracije, motorička napetost u obliku nemira, glavobolje, drhtanja, nemogućnost opuštanja, povećana aktivnost vegetativnog sustava u vidu znojenja, tahikardije, vrtoglavice ili suhih usta.

3.1.4. Selektivni mutizam

Selektivni mutizam definiran je kao poremećaj u kojem djeca odbijaju govoriti u specifičnim situacijama uz zadržanu sposobnost govorenja u nekim drugim okolnostima. Primjerice, pričaju samo kod kuće odnosno u situacijama u kojima se osjećaj ugodno i sigurno (Dodig-Čurković, 2013). Najčešće se javlja u dobi između 4 i 8 godina te se češće javlja kod djevojčica u odnosu na dječake. Djeca razumiju što im se govori i mogu normalno komunicirati s roditeljima i bliskim osobama, no odbijaju govoriti najčešće u školi, vrtiću ili u situacijama u kojima se osjećaju uplašeno.

3.1.5. Opsesivno kompulzivni poremećaj

Opsesivno-kompulzivni poremećaj karakterizira intenzivna anksioznost, ponavljajuće opsesije i/ili kompulzije (Boričević-Maršanić 2013). Opsesije se odnose na nekontrolirane misli, a kompulzije na ponavljajuće radnje ili psihičke aktivnosti za koje se osoba osjeća prisiljeno raditi (Liu, Chen i Lewis, 2011). Djeca mogu imati opsesije s temom straha od zaraze ili nečistoće, seksualnosti, religioznosti, agresivne predodžbe, ali i ponavljajućih intruzivnih i nametnutih pjesmica ili rime (Boričević-Maršanić, 2013). Kompulzije mogu biti jednostavne ili složene, a predstavljaju rituale s ciljem smanjenja anksioznosti (Boričević-Maršanić 2013). Roditelji najčešće opažaju simptome kada oni počinju ometati normalno svakodnevno funkcioniranje djeteta ili obitelji (pretjerana usporenost u higijeni, dodirivanje ili slaganje vlastitih stvari, tapkanje i dodirivanja hrane prije jela, hodanje naprijed-nazad kroz vrata određeni broj puta). Takva ponašanja dovode do problema u socijalnom funkcioniranju, druženju s vršnjacima i pohađanju nastave (Boričević-Maršanić, 2013).

3.2. Depresivni simptomi

Vulić-Prtorić (2003) definira depresivnost kao emocionalno stanje koje je okarakterizirano osjećajima tuge, neraspoloženja, žalosti, utučenosti. Depresivnost danas predstavlja sve učestalije životno iskustvo. Depresivnost se ogleda kroz velik broj simptoma, a to su: promjena raspoloženja, gubitak interesa, umor i slabljenje životne energije, osjećaji bezvrijednosti i krivnje, teškoće u koncentraciji i donošenju odluka. Što se tiče fizičkih manifestacija, depresivnost je popraćena smanjenim apetitom, primjenama u spavanju i psihomotoričkoj organizaciji.

Vulić-Prtović (2003) naglašava kako se simptomi ovog poremećaja mogu javiti u bilo kojoj dobi, a njezin raspon polazi od blagih raspoloženja tuge do teškog depresivnog poremećaja. Ono što je ključno je činjenica da se simptomi depresivnosti mogu ublažiti, ali se isto tako mogu iznova javljati u težem i neugodnijem obliku. Nadalje, simptomi mogu trajati od nekoliko dana do nekoliko godina. U longitudinalnoj studiji depresivne djece koju je iznio Birmaher (1996 prema Vulić-Prtović, 2003) dokazano je da u nekim slučajevima depresija može trajati nekoliko godina, a u nekima ona predstavlja rizični faktor za razvoj nekih drugih poremećaja. Primjerice, u istoj studiji je dokazano i da depresivnost prethodi ovisnosti o alkoholu i drogi. Osim navedenih zaključaka, studije su dovele i do spoznaje da depresivnost u usporedbi s ostalim psihološkim poremećajima ima najveći kontinuitet od djetinjstva do odrasle dobi (Birmaher, 1996 prema Vulić-Prtović, 2003).

Cicchetti i Toth (1998 prema Vulić-Prtović, 2003) navode podatak da samo 20-30 posto depresivne djece dobiva adekvatnu psihološku pomoć. Preventivni rad ključan je u smanjivanju opasnosti od depresije u radu s djecom. Pri tome se misli na oblik uvježbavanja socijalnih vještina, komunikacija s vršnjacima i roditeljima i jačanje samopoštovanja (Vulić-Prtović, 2003). Na taj način se djetetu može pomoći da stekne kontrolu nad vlastitim mislima i ponašanjima te da ispravno mijenja vlastita raspoloženja. Važno je naglasiti da je osjećaj tuge dio svakodnevnice u životu čovjeka te da taj osjećaj nije sinonim za depresiju (Vulić-Prtović, 2003).

Pojava depresije u djece predstavlja vrlo neugodno iskustvo kako za samo dijete tako i za članove njegove obitelji. Depresivnost u djece i mladih, kako navodi Vulić-Prtović (2003), danas postaje jedan od većih problema u psihodijagnostici. Razlog tomu je izuzetno heterogena klinička slika koja je podložna promjenama zbog prirodnog razvoja i sazrijevanja djeteta. Prema Vulić-Prtović (2003) depresija mlađe djece prepoznaje se prema tužnim raspoloženjima djeteta, udaljavanjem od druge djece i odraslih te smanjenim socijalnim interakcijama. Što se tiče kliničke slike u ranoj dobi uočene su i bitne razlike kod dječaka i djevojčica o čemu će biti riječ u jednom od sljedećih poglavlja. Zbog toga se pri pristupanju kliničkoj slici najprije treba utvrditi spolne i dobne razlike u izražavanju i intenzitetu simptoma. Sama depresija se danas klasificira u grupu poremećaja raspoloženja koji spadaju u internalizirane poremećaje.

Jedan od problema je pogrešno dijagnosticiranje i neprepoznavanje poremećaja u najranijoj dobi. Postoji nekoliko razloga zašto je to tako (Vulić-Prtorić, 2003):

1) Djeca nisu uvijek sposobna dati do znanja odraslima kako se osjećaju

Djeca često nemaju dovoljno razvijene vještine samoopažanja i verbalnog izražavanja zbog čega ne mogu jasno opisati što ih tišti. Osim toga, djeca većinu svojih problema prikazuju na sebi svojstven način i zbog toga ona često nisu prepoznata i ozbiljno shvaćena od strane odraslih.

2) Odrasli koji se brinu o djetetu nisu uvijek sposobni prepoznati simptome depresivnosti na temelju ponašanja djeteta.

Obzirom da depresivnost spada u grupu internaliziranih poremećaja, njezini simptomi ne manifestiraju se uvijek na vidljiv način. Prema velikom broju istraživanja utvrđeno je da roditelji, odgojitelji i učitelji daju podatke o manjem broju simptoma anksioznosti i depresivnosti nego što to čine sama djeca (Vulić-Prtorić, 2003).

3) Simptomi depresivnosti imaju drugačije pojavne oblike kod djece nego kod odraslih

U ovome slučaju važno je da roditelji i odgojitelji kao prve odrasle osobe u djetetovu životu pravovremeno prepoznaju uobičajene prolazne reakcije djece te da ih razlikuju od simptoma depresije. Takve prolazne reakcije većinom se javljaju u procesima prilagodbe djeteta na novu okolinu, a to su strahovi, ispadi bijesa, povećana aktivnost, enureza i slično. Neki od kliničkih simptoma depresije mogu biti uobičajeni dio razvoja djece te ukoliko nestanu u određenoj dobi, oni nisu čimbenici koji ukazuju na poremećaj depresije. Navedene prolazne reakcije uobičajene su u djetinjstvu i prolaze s godinama zbog čega nisu dijagnostički značajne. Ukoliko ti uobičajeni procesi ostaju duže nego što je uobičajeno za razvoj djeteta, može se razmatrati dijagnostička slika djeteta. Primjerice, plač i uobičajena manifestacija tuge u djece te ukoliko ju dijete ne „preraste“ neprimjetno važno je započeti s dubljim promatranjem. Ukoliko se takav plač nastavi s pojavom i drugih simptoma depresije može se reći da nastaje odstupajuće ponašanje kod djeteta koje ujedno i ometa njegovo nesmetano funkcioniranje u okolini (Vulić-Prtorić, 2003).

4) Poremećajima raspoloženja često su pridruženi drugi psihijatrijski poremećaji koji mogu otežati depresivne simptome

Depresivna djeca mogu imati i neke druge poremećaje kao što su anksioznost, agresivnost ili poremećaji ponašanja. Autorica Vulić-Prtorić (2003) naziva te poremećaje komorbidnim poremećajima. Upravo zbog tih poremećaja ponekad se teško prepoznaje depresivnost ili se gotovo nikako ne prepoznaje. Ključno je naglasiti da je komorbidnost u psihopatologiji djetinjstva pravilo, a ne izuzetak (Vulić-Prtotić, 2003).

5) Proces razvoja depresivnosti odvija se kroz međuodnos dobno različito strukturiranih bioloških, psiholoških i socijalnih sistema

Smatra se da su depresivna djeca u većem riziku za razvoj poremećaja depresije ukoliko im roditelji boluju od depresije. No, rezultati pokazuju da djeca čiji roditelji boluju od depresije, osim depresije mogu razviti i spektar vrlo različitih poremećaja.

Jedan od zadataka odgojitelja i roditelja je i razlikovanje neraspoloženje djeteta od depresije. Živković (2006) govori da je depresiju u djece moguće prepoznati ukoliko navedeni znakovi traju najmanje dva tjedna. Ti znakovi su: promjene u apetitu i vidljiva odstupanja u tjelesnoj težini, promjene u navikama spavanja, gubitak interesa za omiljene igre, gubitak snage, iscrpljenost, neopravdan osjećaj krivnje u djeteta, smanjena sposobnost koncentracije i u ekstremnijim slučajevima misli o smrti i samoubojstvu. Nadalje, depresivna djeca mogu pokazivati i drugačije simptome kao što su česta razdražljivost, prigovaranje i dosada. Osim toga, može se pojaviti i ljutnja koja je više izražena od žalosti, ono što se razlikuje od nedepresivne djece je činjenica da depresivna djeca ljutnju usmjeravaju prema sebi. Može se primijetiti da depresije kod djece često postaje zamijenjena sa smetnjama ponašanja kao što su mrzovoljnost, zlovolja i destruktivnost. Odgojitelji često mogu primijetiti da starija vrtićka djeca kojima je dijagnosticirana depresija imaju i poremećaj anksioznosti zbog separacije. Ona se boje odvajanja od roditelja, osobito od majke (Živković, 2006).

Ono što odrasle osobe, a time i odgojitelji, mogu poduzeti je istinsko slušanje djeteta i njegovih potreba. Zbog nemogućnosti djeteta da na emocionalnom planu izražava ono što ga muči ključno je da odrasla osoba bude ta koja će ga ispravnim postupcima navoditi da podijeli svoje osjećaje (Živković, 2006).

3.3. Socijalna povučенost

„Dijete je kreativno i interaktivno biće koje aktivno sudjeluje u svom odgoju i socijalizaciji“ (Jurčević-Lozančić, 2011; str. 271). Iako ova rečenica opisuje srž

svakog ljudskog bića – ipak postoje i oni koji kroz život razviju poteškoće sa socijalizacijom. Primjer toga upravo je socijalna povučенost za koju Vulić-Prtorić (2003) naglašava kako igra veliku ulogu u razvoju depresije u djece i adolescenata. „Odrasli trebaju biti posebno oprezni i pažljivi kada se dijete ili adolescent povlače u sebe i osamljuju više nego što je to za njih uobičajeno“ (Vulić-Prtorić, 2003; str. 44).

Lebedina-Manzoni (2007) u svojoj knjizi Psihološke osnove poremećaja u ponašanju opisuje socijalno povučeno dijete kao tiho, mirno, osamljeno, bez stalnih prijatelja i sklono maštanju. Autorica ujedno navodi i nekoliko objašnjenja za takvu vrstu ponašanja. Prvo, pretpostavlja da su socijalno povučena djeca većinu vremena u razvojnoj dobi provodila kod kuće te da su njihove majke s njima manje koristile razgovor. Drugo moguće objašnjenje socijalno povučene djece je manjak zadovoljavajućih socijalnih odnosa koji rezultira nezadovoljenjem jedne od temeljnih djetetovih potreba, a to je potreba za ljubavlju. Zbog manjka socijalnih odnosa javljaju se neugodna emocionalna stanja koja mogu prouzročiti i usamljenost socijalno povučene djece. Usamljene se osobe opisuju kao nesretne, nezadovoljne, zatvorene te neprijateljski nastrojene (Lebedina-Manzoni, 2007). Može se reći da je usamljenost produkt socijalne povučенosti i djetetove neispunjene potrebe za ljubavlju i pripadanjem. Usamljenost je posljedica socijalne izoliranosti koja je djetetu nametnuta i kojoj se ono, u biti, ne uspijeva prilagoditi, pa njegova potreba za društvom i druženjem ostaje nezadovoljena (Lebedina-Manzoni, 2017).

Valja naglasiti i razliku između socijalno povučene i introvertirane djece. Cain (2013) introverte opisuje kao osobe koje vole mirno okruženje, ne vole puno stimulansa i buke u svojoj okolini. Introverti naprosto vole samoću i u njoj postižu najbolje rezultate, no unatoč tome nemaju poteškoće u socijalizaciji. Za razliku od socijalno povučенog djeteta koje ima poteškoće u socijalizaciji te zbog toga djeluje osamljeno.

3.4. Somatske tegobe bez jasnog uzroka

Bogdanić i Matković (2019) ističu kako su somatske tegobe česta pojava u pedijatrijskoj populaciji čije je liječenje izazov pedijatrima jer se suočavaju s raznim tjelesnim simptomima koji nemaju jasan uzrok. Somatske tegobe su najčešće istraživane u dobi od tri do četiri godine, što otežava utvrđivanje dobi u kojoj se ove teškoće javljaju (Liu i sur., 2011). Glavno obilježje somatskih tegoba je upravo pojava

tjelesnih reakcija bez jasno utvrđenih uzroka (Bogdanić i Matković, 2019). Simptomi koji se javljaju nisu pod utjecajem pojedinca, ali uzrokuju teškoće u socijalnom, ili nekom drugom području funkcioniranja. Nadalje, Bogdanić i Matković (2019) ističu kako se somatske tegobe bez jasnog uzroka mogu javiti i kod pojedinaca koji imaju ustanovljenu fizičku bolest te su u tom slučaju simptomi puno izraženiji i brojniji. „Simptomi su stvarni i djeca ih ne izmišljaju ni umišljaju (što ih razlikuje od simulacije ili umišljenog poremećaja) i nije ih moguće objasniti u sklopu drugih psihičkih poremećaja (kao što je depresija ili anksiozni poremećaj“ (Bogdanić i Matković, 2019; str. 6). U ranom djetinjstvu jedni od simptoma mogu biti bolovi u trbuhu (mogu biti popraćeni mučninom i povraćanjem), glavobolja, a simptomi poput tjeskobe u prsima, lupanje srca, bolovi u udovima, neurološki simptomi, nesаница i kronični umor javljaju nešto kasnije, najčešće u adolescenciji (Bogdanić i Matković, 2019). Somatske tegobe bez jasnog uzroka najčešće uključuju psihološki stres, anksioznost, različite obiteljske probleme i životne događaje (Chapman 2005 prema Liu i sur., 2011). Također, somatske tegobe mogu rezultirati „začaranim krugom“ u kojem fizički simptomi vode emocionalnom stresu koji dodatno pojačava somatske simptome (Vaalamo, Pulkkinen, Kinnunen, Kaprio i Rose prema Liu i sur., 2011).

3.5. Etiologija internaliziranih poteškoća

Što se tiče same etiologije, pojava internaliziranih poremećaja veže se uz teorijske modele nastanka depresivnih poremećaja koji se dijele u biološke i psihosocijalne (Brajša-Žganec, 2003).

Biološki modeli tumače depresiju u skladu s biokemijskim i genetskim istraživanjima, a psihosocijalni su modeli usmjereni ka psihoanalitičkom, bihevioralnom i kognitivnom tumačenju depresije (Brajša-Žganec, 2003).

Oatley i Jenkins (2007) također navode da su poteškoće u dječjoj dobi rijetko kada uzrokovane samo jednim čimbenikom, najčešće se oni kombiniraju i na taj način povećavaju ili smanjuju rizik od poremećaja, a mogu biti genetski, biokemijski i okolišni odnosno socijalni i intrapsihički.

Čimbenici su međusobno isprepleteni, genetski i drugi činitelji stvaraju emocionalnu sklonosti i čine predispozicije za određene vrste poremećaja, a životne teškoće i događaji mogu djelovati kao stresori i okidači koji mogu pokrenuti nastanak poremećaja te ga održavati (Oatley i Jenkins, 2007). Primjerice, negativni životni

dogadaji u socijalnom okruženju, posebno nasilje, siromaštvo, zlostavljanje, gubitak voljenih osoba ili razdvajanje roditelja povećavaju rizik od depresije (Chen i sur., 2011). Što se tiče somatskih tegoba, Sciarillo i sur. 1992, Carter i sur. (2008, prema Liu i sur., 2011) ističu kako je njihovo javljanje povezano s prenatalnom izloženosti duhanu majke, izloženosti kemikalijama, toksičnosti, temperamentom, roditeljskim stresom i slično.

3.6. *Spolne razlike*

Bouillet i Uzelac (2007) govore kako je plašljivost (strah) u prvim godinama školovanja jednako prisutna u dječaka i djevojčica, a tek kasnije, taj se poremećaj više zadržava u djevojčica dok se u dječaka polako gubi. Također, navode kako se socijalna povučenost jednako javlja u pubertetu kod djevojčica i dječaka, ali s vremenom se i ona češće gubi u dječaka nego u djevojčica.

Što se tiče somatskih tegoba bez jasnog uzroka, Bogdanić i Matković (2019) navode kako se u adolescenciji i odrasloj dobi somatizacijske tegobe češće javljaju kod djevojčica i žena, dok su u djetinjstvu somatizacijske tegobe otprilike jednako zastupljene kod oba spola.

Spolne su razlike vidljive i u slučaju depresije. Dječaci su do trinaeste godine života depresivniji od djevojčica, no u adolescenciji i osobito ulaskom u odraslu dob žene su dvostruko češće depresivne nego muškarci (Glavina i Keresteš, 2007, prema Novak i Bašić, 2008). Postoje spolne razlike i u načinima na koje dječaci i djevojčice pokazuju svoje smetnje, primjerice, djevojčice su sklonije introspektivnom rješavanju problema, izražavanju straha i tuge, dok su dječaci skloniji pokazivanju kroz agresivna ponašanja (Novak i Bašić, 2008).

3.7. *Posljedice internaliziranih poteškoća*

Liu i suradnici (2011) izdvajaju posljedice internaliziranih teškoća. Oni navode da su dječji anksiozni poremećaji često povezani s razvojem anksioznih poremećaja u odrasloj dobi, velikim depresivnim poremećajem, suicidalnim ponašanjem i psihijatrijskom hospitalizacijom (Pine Cohen, Gurley, Brook i Ma, 1998 prema Liu i sur., 2011).

Nadalje, somatske manifestacije djece povezane su s internaliziranim ili eksternaliziranim problemima u adolescenciji i mogu uzrokovati somatski poremećaj u odrasloj dobi (Rocha, Prkachin i Beaumont, 2003 prema Liu i sur., 2011). Štoviše,

veća pojava somatskih tegoba u istraživanju Hughes, Lourea-Waddell i Kendall (2007 prema Liu i sur., 2011) predviđjela je slabiji školski uspjeh. Somatske tegobe obično mogu biti popraćene i drugim psihološkim poremećajima, posebno anksioznim poremećajima. Na primjer, 60% djece i adolescenata s anksioznim poremećajima prijavilo je somatske tegobe (Beidel, Christ i Long, 1991 prema Liu i sur., 2011).

4. RIZIČNI I ZAŠTITNI ČIMBENICI INTERNALIZIRANIH PROBLEMA KOD DJECE

Prema Bašić (2009) rizični čimbenici definirani su kao oni utjecaji (individualna obilježja ili socioekonomski, kulturni, demografski i drugi uvjeti) koji povećavaju mogućnost pojavljivanja poremećaja. S druge strane, zaštitni čimbenici se definiraju kao oni koji posreduju ili usporavaju učinke izloženosti rizičnim čimbenicima i smanjuju probleme u ponašanju (Bašić, 2009).

Vulić-Prtorić (2003) pobliže govori o djelovanju rizičnih i zaštitnih faktora u razvoju psihopatologije:

- 1) rizični i zaštitni faktori nisu odvojeni već pripadaju istoj „dimenziji“ samo čine dva suprotna pola što zapravo znači da isti faktori na jednom kraju potiču psihičko zdravlje, a na drugom poremećaj
- 2) isti faktori za neke oblike psihopatologije mogu biti rizični, a za druge zaštitni
- 3) neki faktori mogu biti rizični za dijete u određenoj dobi, a u drugoj dobi postanu zanemarivi
- 4) socijalne okolnosti jači su rizični faktor od genetskih
- 5) određeni faktori imaju osobito rizičan učinak na razvoj nekih oblika psihopatologije
- 6) djelovanje rizičnih faktora je kumulativno, što je više rizičnih faktora, to je i više patologije.

4.1. Rizični čimbenici

Kao što je već ranije spomenuto, rizični čimbenici označavaju sva individualna obilježja ili socio-ekonomske, kulturne, demografske, spolne i druge uvjete koji povećavaju vjerojatnost za razvoj poteškoće u ponašanju u nekom budućem vremenu (Bašić, 2009). Prema Novak i Bašić (2008) razvoju internaliziranih poteškoća u djece pogoduju sukobi između roditelja/skrbnika, depresija majke/skrbnika, hostilnost

roditelja/skrbnika i stroga disciplina, nedovoljna uključenost oca u odgoj, psihopatologija roditelja/skrbnika, pretjerana uključenost roditelja/skrbnika, prisutnost stresnih situacija te zanemarivanje od strane roditelja/skrbnika ili vršnjaka.

Williams, Ayers i Arthur (1997, prema Bašić, 2009) ističu rizične čimbenike za razvoj internaliziranih poteškoća prema kategorijama, a to su:

- 1) genetski ili biološki: perinatalna trauma neurotoksičnosti te konzumiranje alkohola ili droge (majka)
- 2) individualni ili vršnjački: utjecaj uže okoline i vršnjaka
- 3) rizični čimbenici vezani uz obitelj: problemi unutar obitelji, konflikti, povijest visokorizičnih ponašanja u obitelji i neadekvatni modeli ponašanja unutar obitelji
- 4) rizični čimbenici vezani uz zajednicu: siromaštvo, ekonomska deprivacija, kvaliteta stanovanja, zdravstvena skrb ili socijalna skrb.

Klarin i Đerđa (2014) ističu kako je roditeljsko ponašanje značajan je zaštitni i/ili rizični faktor za nastanak psihičkih problema tijekom djetinjstva te je značajno povezano sa psihosocijalnom prilagodbom. Djeca roditelja s izraženim psihijatrijskim problemima u povećanom su riziku za razvoj dječjih poremećaja (Oatley i Jenkins, 2007).

Nadalje, psihopatologija u roditelja učinkovito predviđa internalizirane probleme kod njihovih potomaka. Najčešće se kod djece radi o sličnim vrstama poremećaja kao u roditelja, primjerice, djeca depresivnih roditelja pokazuju tendenciju istom poremećaju kao roditelji (Vulić-Prtorić, 2003). Kod djece depresivnih roditelja depresivni se poremećaji javljaju ranije nego u djece nedeprativnih roditelja, a što je roditelj mlađi u vrijeme nastupanja simptoma poremećaja, veća je vjerojatnost da će mu i djeca patiti od istoga (Vulić-Prtorić, 2003).

Vulić-Prtorić (2003) govori da roditelji koji pretjerano ili neopravdano kažnjavaju i kritiziraju djecu, mogu pridonijeti javljanju depresivnih simptoma u djece. Također, roditelji koji su previše usmjereni na neuspjeh djeteta stvaraju rizik od pojave depresije. „Kao rezultat takva odgoja dijete može postati pretjerano osjetljivo za vlastiti uspjeh ili se pretjerano brinuti da će izgubiti naklonost drugih“ (Vulić-Prtorić, 2003; str. 139).

Bašić (2009) ističe kako prisutnost psihopatologije kod roditelja smanjuje roditeljske kapacitete za pružanje adekvatne brige za djecu te djeca zbog toga nemaju

osigurano zdravo okruženje za odrastanje i ispunjavanje njihovih potreba. No, također, djeca iz depresivnog i problematičnog obiteljskog okruženja mogu razviti kognitivne sheme koje su adaptivne u njihovom obiteljskom okruženju i prenositi ih na druge okolnosti. Primjerice, majke depresivnim ponašanjem mogu smiriti agresivne reakcije oca, a otac ispoljavati svoju agresiju negdje dalje što dijete podučava da izražavanje tuge sprječava druge da se ljute i da se emocije ne moraju nužno izraziti prema osobi prema kojoj emociju doživljavaju (Oatley i Jenkins, 2007).

4.2. Zaštitni čimbenici

Brojni čimbenici u obiteljskom i vrtićkom ili školskom okruženju i okruženju zajednice mogu smanjiti simptome, spriječiti daljnje pogoršanje ili čak spriječiti nastanak internaliziranih poteškoća u djece i adolescenata, a neki od njih su: pozitivno roditeljstvo, stvaranje prikladnog oblika privrženosti između djeteta i majke/skrbnika, uključenost roditelja/skrbnika u aktivnosti djeteta, dosljednost u ponašanju, nadgledanje ponašanja i slično (Maglica i Jerković, 2014).

Zaštitni čimbenici obuhvaćaju sve prednosti koje mogu spriječiti ili smanjiti djelovanje rizičnih čimbenika, a uključuju višu inteligenciju, otporan temperament, blisku povezanost s odraslima te izloženost jasnim i konstantnim standardima koji zabranjuju agresiju (Bašić, 2009). Općenito, uključivanje u izvanškolske i izvanvrtičke aktivnosti te potpora važnih odraslih u zajednici, koji zagovaraju akademski uspjeh, odgovornost i samodisciplinu, povezani su sa smanjivanjem rizika za razvoj poremećaja u ponašanju i drugih problema, čak i onih koji žive u visokorizičnim situacijama (Bašić, 2009).

5. PREVENCIJA INTERNALIZIRANIH POTEŠKOĆA

Kako bi se smanjila mogućnost pojave internaliziranih poteškoća ili općenito poremećaja u ponašanju značajni su postupci prevencije. Bašić (2009) navodi kako je prevencija proces kojim se želi smanjiti incidencija poremećaja u ponašanju djece i mladih te rizičnih ponašanja djece i mladih. Bašić (2009) predlaže tri tipa prevencije: univerzalna, selektivna i indicirana preventivna intervencija:

1) univerzalna preventivna intervencija odnosi se na opću populaciju i ne utječe samo na ciljanu populaciju već i na buduće generacije kroz promijene u kontekstu i socijalizacijskom procesu

2) selektivna preventivna intervencija usmjerena je na pojedince ili skupine koje se nalaze u riziku za razvoj poremećaja u ponašanju te uključuje roditelje i rane programe u djetinjstvu i zajednice

3) indicirana preventivna intervencija namijenjena je visoko rizičnim pojedincima (Bašić, 2009)

Hawkins i sur. (2002) te Oswald i Mazefsky (2006) (prema Novak i Bašić, 2008) navode neke od primjera univerzalnih preventivnih programa.

Program pod nazivom *Dare to be you*, obuhvaća populaciju djece između dvije i pet godina, obuhvaća roditelje, odgojitelje/učitelje i članove zajednice, a sastoji se od aktivnosti koje prolaze roditelji i djeca, aktivnosti se odnose na razvijanje samoodgovornosti, samoefikasnosti, komunikacijskih i socijalnih vještina te informacije o razvoju djeteta. Predviđeno trajanje ovog programa je 15 sati. Kao ishodi programa navode se povećane roditeljske kompetencije, povećano zadovoljstvo roditeljstvom, toplija i više podržavajuća veza roditelj-dijete te povećanje djetetovih razvojnih mogućnosti. Uz ovaj program, provode se još dva programa za djecu starije predškolske dobi pod nazivima: PATHS (*Promoting Alternative Thinking Strategies*) i ZIPPY'S FRIENDS (*Befrienderes International*).

Primjeri programa selektivne i indicirane intervencije za djecu predškolske dobi su: *Primary mental health project* i RECAP (*Reading Educators, Children and Parents*). *Primary mental health project* može se odvijati u ranom djetinjstvu do pete godine ili u srednjem i kasnom djetinjstvu od šeste do dvanaeste godine, a namijenjen je ranom uočavanju poteškoća, ranoj prevenciji i prilagodbi te razvijanju otpornosti. Vremenski se odvija kroz 10-14 tjedana, a rad se temelji na igri, ekspresivnim i kreativnim tehnikama. Ishodi programa jesu veća orijentiranost i bihevioralna kontrola te povećana asertivnost. Program RECAP obuhvaća djecu s već prisutnim internaliziranim poteškoćama, traje jednu godinu te uključuje individualni rad s djetetom, grupni rad s vršnjacima, odgojiteljima i roditeljima.

Što se tiče intervencije, Vulić-Prtorić (2003) ističe kako kroz psihoedukaciju i vođenje dnevnika dijete i njegova obitelj mogu otkriti koja ponašanja i aktivnosti izravno utječu na raspoloženje. Nadalje, može se koristiti i planiranje aktivnosti koje uključuje izradu rasporeda za cijeli dan. Ta tehnika ima cilj povećati vrijeme u kojem će se dijete baviti aktivnostima koje imaju svrhu, a ujedno će se smanjiti mogućnost provođenja vremena u depresivnom raspoloženju i razmišljanju.

Uključenost roditelja vrlo je važna upravo zato jer se najveći dio aktivnosti odvija u obiteljskom domu (Vulić-Prtorić, 2003). Štoviše, Vulić-Prtorić (2003) nabraja i neke korisne intervencije u radu s djecom koja imaju internalizirane poteškoće: planiranje dnevnih obveza, planiranje ugodnih događaja, prisjećanje ugodnih događaja, raspored tjelesnih vježbi i korištenje relaksacijskih vježbi.

Pintar (2019) ističe kako skrb o konstruktivnom razvoju djeteta podrazumijeva angažiranost roditelja i prevenciju roditeljstva u otporu. Ta prevencija izvediva je na nekoliko razina, ali najznačajnije je samo obrazovanje roditelja. Važno je obrazovanjem poticati razvoj pozitivne slike o sebi i drugima te poticati razumijevanje životnih uloga, osobito roditeljskih koje su ključne za pravovremenu prevenciju internaliziranih teškoća u djece (Pintar, 2019). Pintar (2019) ističe kako je kvaliteta roditeljstva izravno povezano uz kvalitetu života djeteta i njegove razvojne ishode te je upravo zbog toga nužno da roditelji rade na sebi. „Kako bi se prevenirali loši obrasci roditeljeva odgojnoga djelovanja, ovdje objašnjeni kao roditeljstvo u otporu, a koji su svezi s nepoželjnim pretpostavkama djetetova razvoja, prvenstveno je važno osmisliti opće obrazovanje pojedinaca koje će im omogućiti osvještavanje vlastita individualiteta i poduprijeti socijalnu konstruktivnost“ (Pintar, 2019; str. 67).

6. ULOGA ODGOJITELJA U RANOM OTKRIVANJU INTERNALIZIRANIH POTEŠKOĆA

Odgojitelji u dječjem vrtiću imaju priliku promatrati djecu u različitim uvjetima i upravo zbog toga mogu dati detaljnije ocjene dječjeg ponašanja (Brajša-Žgrance, 2003). S obzirom da je za pravovremenu prevenciju i otkrivanje internaliziranih poteškoća važno vrijeme i dob u kojoj se otkrivaju, odgojitelji u predškolskim ustanovama mogu biti jedni od ključnih čimbenika za pravovremenu reakciju na neke od mogućih internaliziranih teškoća u razvoju. Brajša-Žganec (2003) navodi da predškolska djeca ne poznaju vlastito ponašanje u dovoljnoj mjeri niti o njemu mogu davati pouzdane opise, zbog čega je uloga odgojitelja, kao jedne od značajnijih osoba u djetetovu životu, važna. Nadalje, ukoliko su odgojitelji stručno osposobljeni imat će jasniji uvid u ponašanje djeteta te će moći sudjelovati u ranom otkrivanju nekih od prethodno opisanih poremećaja. Uz odgojitelje važno je i sudjelovanje roditelja jer od roditelja odgojitelji dobivaju jasniji uvid i cjelovitu sliku o ponašanju djeteta. Ljubetić (2001) navodi načine na koje vrtić može pomoći

roditeljima u ranom otkrivanju poremećaja u ponašanju ili ih može pravovremeno ublažiti:

1) procjena djeteta u različitim situacijama kao što su igra s vršnjacima, komunikacija s djecom i odraslima, boravak na otvorenom i slično. Odgojitelj također može uspoređivati djetetove reakcije s reakcijama i ponašanjima njegovih vršnjaka ukoliko dijele iste uvijete

2) svakodnevno razmjenjivanje informacija s roditeljima i odgojiteljima koji imaju iskustva sa sličnim teškoćama

3) svakodnevni kontakt sa stručnom osobom koja sudjeluje u odgoju djeteta s internaliziranim poteškoćama.

7. ZAKLJUČAK

Poteškoće u ponašanju su sve prisutnija pojava u djece suvremenog svijeta. Poremećaji u ponašanju dijele se na internalizirane i eksternalizirane poremećaje. Internalizirani poremećaji nazivaju se još i pasivnima te njihovo uočavanje nije jednostavno. Obično se simptomi prepoznaju tek u slučaju kada je dijete već razvilo poremećaj. Zbog svoje nenametljivosti i pasivnosti, djeca s internaliziranim poteškoćama nisu u prvom planu uočavanja. Upravo je zbog toga važna edukacija odraslih (osobito odgojitelja) kako bi na vrijeme mogli raspoznati koji su simptomi sastavni dio razvoja djeteta, a koji su se zadržali predugo i polako prelaze u stvaranje poremećaja. S obzirom na prethodno navedene opise internaliziranih poteškoća poput strahova, separacijske anksioznosti, depresivnih simptoma, socijalne povučenosti i somatskih simptoma bez jasnog uzroka važno je spoznati značaj rane prevencije ili intervencije ukoliko su neki simptomi već duboko ukorijenjeni u dijete. Zbog svojih dalekosežnih posljedica ove poteškoće i poremećaji mogu ostaviti velikog traga na budući razvoj i mentalno zdravlje djeteta. Dakle, što se kasnije otkriju znakovi internalizirane poteškoće to je veća mogućnost razvoja teže kliničke slike. Ukoliko se ranije identificira poremećaj ili se osigura pravovremeni tretman i prognoza će biti pogodnija za dijete. Sva djeca ovisna su o odraslima u određenim segmentima, a osobito djeca s internaliziranim poteškoćama. Iako se odraslima može učiniti kako je s njima sve u redu, iza pretjeranog povlačenja i osamljivanja može se uistinu kriti razlog za brigu. Stoga, Bašić (2009) ističe kako odrasli trebaju istraživati, djelovati, mijenjati, poticati, biti kritični i okrenuti prema budućnosti. Nadalje, proučavanjem literature za ovaj završni rad došla sam do spoznaje da je za pristup internaliziranim

poteškoćama izuzetno važno njihovo raspoznavanje od uobičajenih razvojnih faza. Primjerice, strah je uobičajena pojava u djece, ali ukoliko s vremenom ne prolazi te se pojačava intenzitetom – to može odraslama biti znak da se više ne radi „samo“ o razvojnoj fazi. Štoviše, smatram da se posebna pozornost treba pridati zaštitnim i rizičnim čimbenicima koji uvelike olakšavaju ili otežavaju internalizirane poteškoće. Zaključno, odrasli imaju veliku ulogu u životu djeteta te mu svojim postupcima mogu nanijeti veliku štetu ili mu pružiti zdrav i nesmetan razvoj. Prema tome, rano prepoznavanje internaliziranih poteškoća ključan je faktor za prevenciju kasnijih težih psihičkih problema koji nisu samo individualni problem već predstavlja i opterećenje za javno-zdravstveni sustav.

LITERATURA

- Bašić, J. (2009). *Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*. Zagreb: Školska knjiga.
- Bogdanić, A. i Matković, P. (2019). Somatizacija u djece: prepoznavanje-priopćavanje dijagnoze-tretman. *Pediatrics Croatica*, 63, 6-12.
- Bouillet, D. i Uzelac, S. (2007). *Osnove socijalne pedagogije*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.
- Brajša-Žganec, A. (2003). *Dijete i obitelj: emocionalni i socijalni razvoj*. Zagreb: Naklada Slap.
- Cain, S. (2013). *Tišina: Snaga introvertiranih osoba u glasnomu svijetu*. Zagreb: Mozaik knjiga.
- Crnković, D. (2017). Anksioznost i kako ju liječiti. *Medicus*, 26, 185-191.
- Dodig-Čurković, K. (2013). *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. Osijek: Svjetla grada.
- Jurčević-Lozančić, A. (2011). Teorijski pogledi na razvoj socijalne kompetencije predškolskog djeteta. *Pedagogijska istraživanja*, 8, 271-279.

- Klarin, M. i Đerđa, V. (2014). Roditeljsko ponašanje i problemi u ponašanju kod adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada*, 21, 243-262.
- Lebedina-Manzoni, M. (2007). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Liu, J., Chen, X. i Lewis, G. (2011). Childhood internalizing behaviour: analysis and implications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 884–89.
- Ljubetić, M. (2001). *Važno je znati kako živjeti: rano otkrivanje poremećaja u ponašanju predškolske djece*. Zagreb: Alinea.
- Maglica, T. i Jerković, D. (2014). Procjena rizičnih i zaštitnih čimbenika za internalizirane probleme u školskom okruženju. *Školski vjesnik: časopis za pedagoškijsku teoriju i praksu*, 63, 413-431.
- Mihić, J. i Bašić, J. (2008). Preventivne strategije - eksternalizirani poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja u djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada*, 15, 445-471.
- Mikas, D., Pavlović, Ž. i Rizvan, M., (2015). Strahovi djece predškolske dobi. *Paediatrica Croatica*, 59, 1-6.
- Mimica, N. (2010). *Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Novak, M. i Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: o bilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, 15, 473-498.
- Oatley, K. i Jenkins, J. (2007). *Razumijevanje emocija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Paradžik, Lj., Kordić, A. Žečević, I., Šarić, D. i Boričević Maršanić, V. (2018). „Ne idi, molim te“ – kognitivno-bihevioralni tretman djeteta sa separacijskim anksioznim poremećajem. *Socijalna psihijatrija*, 46, 251-268.
- Pintar, Ž. (2019). Poremećaji u ponašanju djece - oblici i uloga prevencije. *Acta Iadertina*, 16, 59-70.
- Starc, B., Obradović, Č., Pleša, A., Profaca, B. i Letica, M. (2004). *Osobine i psihološki uvjeti razvoja djeteta predškolske dobi*. Zagreb: Golden marketing.

- Tandon, M., Cardeli, E. i Luby, J. (2009). Internalizing Disorders in Early Childhood: A Review of Depressive and Anxiety Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 593-610.
- Tatalović Vorkapić, S. i Knapić, I. (2015). Čega smo se bojali kada smo bili djeca?- Važnost ranih iskustava budućih odgajatelja za njihov rad s djecom. *Metodički obzori*, 10, 62-76.
- Türkmen, S. i Ulutas, I. (2018). How do Preschool Teachers Perceive the Emotional Intelligence? Teaching Practices and Emotional Intelligence in Early Childhood. *Educational Sciences Research in the Globalizing World*, chapter 16, 170-183.
- Uzelac, S. (1995). *Osnove socijalne edukologije mladih s poremećajima u socijalnom ponašanju (socijalnopedagoški aspekt)*. Zagreb: Sagena.
- Vulić-Prtorić, A. (2002). Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. *Suvremena psihologija*, 5, 271-293.
- Vulić-Prtorić, A. (2003). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Zrilić, S. i Šimurina, T. (2017). Razlike u prevalenciji poremećaja u ponašanju s obzirom na dob i spol učenika nekoliko zadarskih osnovnih škola. *Školski vjesnik: časopis za pedagojsku teoriju i praksu*, 66, 27-41.
- Živković, Ž. (2006). *Depresija kod djece i mladih*. Đakovo: Tempo.
- Žižak, A., Koller-Trbović, N. i Jeđud, I. (2004). *Poremećaji u ponašanju djece i mladih: perspektiva stručnjaka i perspektiva djece i mladih*. U J. Bašić, , N. Koller-Trbović, i S. Uzelac (Ur.): *Poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja: pristupi i pojmovna određenja*, str. 119-137. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Izjava o izvornosti rada

Izjavljujem da je moj završni rad izvorni rezultat mojeg rada te da se u izradi istoga nisam koristila drugim izvorima osim onih koji su u njemu navedeni.

(vlastoručni potpis studenta)